

2024

MANUAL de INSTRUCCIONES

Conjunto Mínimo Básico de Datos de Andalucía



CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO de DATOS de ANDALUCÍA
MANUAL de INSTRUCCIONES 2024

 **Junta
de Andalucía**

Consejería de Salud
y Consumo

Servicio Andaluz de Salud

**MANUAL DE INSTRUCCIONES DEL CONJUNTO
MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DEL SISTEMA
SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA
AÑO 2024**

Ámbitos de aplicación:

***HOSPITALIZACIÓN
COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL
HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO
HOSPITAL DE DÍA MÉDICO***

Servicio Andaluz de Salud
DIRECCIÓN GERENCIA
Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información
Servicio de Producto Sanitario

Año de edición 2024

Elaboración realizada por:

Juan A. Goicoechea Salazar
Juliana Rodríguez Herrera
M^a Robledo Jiménez Romero
Jesús Trancoso Estrada
M^a Dolores Muñoyerro Muñiz

Cubierta:

Jesús Zamora Acosta

© 2024 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía.
Avda. de la Constitución, 18. 41071 Sevilla.
Tfno. 955 01 80 00
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN _____	7
VARIABLES DE LOS CMBD DE HOSPITALIZACIÓN, COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DÍA (QUIRÚRGICO Y MÉDICO) _____	9
CMBD DE HOSPITALIZACIÓN _____	10
CMBD DE HOSPITALIZACIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL (CTE) _____	11
CMBD DE HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO _____	11
CMBD DE HOSPITAL DE DÍA MÉDICO _____	12
PROCEDIMIENTOS DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN _____	12
VARIABLES DEL CMBD _____	15
ANEXOS _____	33

INTRODUCCIÓN

Los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), incluyendo los hospitales privados en su parte concertada, tienen la obligación de generar un registro del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) por cada episodio producido en los ámbitos de Hospitalización, Hospitalización en Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTE), Hospital de Día Quirúrgico (HDQ) y Hospital de Día Médico (HDM).

El hospital debe garantizar la fiabilidad de los datos que recoge el CMBD. El Director Gerente del Hospital será el responsable del adecuado cumplimiento del mismo.

Los Servicios Centrales (SSCC) del Servicio Andaluz de Salud (SAS), llevarán a cabo cuantos procesos evaluadores estimen oportunos para garantizar la calidad de la información recogida en el CMBD.

El hospital asegurará la confidencialidad de los datos incluidos en los CMBD, de acuerdo a las disposiciones recogidas en el Reglamento (UE) 2016/679 Del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Así mismo se ajustará a lo previsto en el resto de disposiciones que regulan el CMBD (Ver anexo 11).

El presente manual recoge el procedimiento que regula los CMBD de Hospitalización, CTE, HDQ y HDM de los hospitales del SSPA así como la definición de sus variables. La estructura de estos cuatro CMBD es idéntica. Los campos cuya cumplimentación no sea procedente en alguno de los ámbitos se dejarán vacíos.

Para la codificación de diagnósticos y procedimientos se utilizará la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión, Modificación Clínica y Sistema de Clasificación de Procedimientos (CIE-10-ES), 5ª Edición – Enero 2024.

VARIABLES DE LOS CMBD DE HOSPITALIZACIÓN, COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DÍA (QUIRÚRGICO Y MÉDICO)

Campo	Abreviatura
Hospital	HOSPITAL
Ámbito asistencial	AMBITO
Identificador del registro	IDENTIFICADOR
Identificador del episodio de urgencias	IDURGENCIAS
Financiación	REGFIN
Tipo de código de identificación personal	TIPCIP
Código de identificación personal	CIP
Número único de historia de salud / Número historia del hospital	NUHSA/HISTORIA
Fecha de nacimiento	FECNAC
Sexo	SEXO
Residencia postal	RESIDECP
Residencia municipal	RESIDEMUNI
País de nacimiento	PAISNAC
Ámbito de procedencia	PROCEDEN
Hospital o CAP de procedencia	PROCH
Fecha-hora de ingreso o contacto	FECING
Fecha-hora de orden de ingreso desde urgencias	FECINGHOSP
Tipo de visita	TIPVISITA
Circunstancias del ingreso o contacto	TIPING
Servicio responsable del ingreso o contacto	SERVING
Ingreso en UCI	UCI
Días de estancia en UCI	DIASUCI
Fecha-hora de alta	FECALT
Circunstancias del alta	TIPALT
Hospital de traslado	TRASH
Continuidad asistencial	CONTINUIDAD
Servicio responsable del alta	SERVALT
Unidad de gestión clínica responsable del alta	UGCALT
Diagnóstico 1 (principal)	D1
Diagnósticos 2 al 20 (secundarios)	D2 – D20
Condición de presente al ingreso o al inicio del contacto (POA) de los diagnósticos 1 a 20	POAD1 – POAD20
Causa externas 1 a 5 del diagnóstico 1 (principal)	CE1D1-CE5D1
Causa externas 1 a 3 de los diagnósticos 2 a 20	CE1D2-CE3D20
Códigos morfología de neoplasias	M1 – M6
Procedimientos quirúrgicos / diagnósticos / terapéuticos 1 a 20	P1 - P20
Fecha-hora realización P1 a P20	FECPP1 – FECPP20
Carácter urgente o programado P1 a P20	TIPOP1 – TIPOP20
Carácter externo P1 a P20	EXTP1 – EXTP20
Hospital externo P1 a P20	HOSPEXTP1 – HOSPEXTP20
Peso al nacimiento de los recién nacidos 1 al 3	PESO1N – PESO3N
Sexo de los recién nacidos 1 al 3	SEXO1N - SEXO3N

CMBD DE HOSPITALIZACIÓN

- El CMBD de hospitalización recoge información al alta de los episodios de los pacientes ingresados. Puede incluir episodios de 0 días de estancia.
- Un ingreso implica la admisión de un paciente en una unidad de hospitalización convencional con la consiguiente ocupación de una cama.
- Se considera que un paciente genera una estancia cuando permanece en este ámbito a la hora censal (00:00 horas).
- Para la explotación del CMBD se tendrán en cuenta únicamente las altas hospitalarias con estancias iguales o mayores a 1 día y las estancias de 0 días cuando las circunstancias del alta sean: traslado a otro hospital (2), alta voluntaria (4), defunción (5), alta in extremis (7) o fuga (8).
- Cuando un paciente hospitalizado provenga directamente de los hospitales de día médico o quirúrgico del propio hospital, se generará un registro de CMBD de hospitalización con las siguientes características:
 - En el campo PROCEDEN se consignará el ámbito de origen del paciente (HDM o HDQ).
 - En el campo CIRCUNSTANCIAS DEL INGRESO O CONTACTO se consignará el valor 1 “Urgente”.
 - Se consignará como fecha del ingreso aquella en la que el paciente contactó con el ámbito de procedencia.
 - En el caso de que como consecuencia de la asistencia en HDM o HDQ se hubiera producido una complicación, esta se recogerá con su correspondiente POA “No”.
 - Los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos realizados en el ámbito de procedencia se incorporarán al CMBD de hospitalización.
 - No se generará un registro CMBD del ámbito de procedencia.
- Cuando un paciente hospitalizado provenga directamente de urgencias:
 - En el campo PROCEDEN se consignará como ámbito de origen la urgencia.
 - En el campo CIRCUNSTANCIAS DEL INGRESO O CONTACTO se consignará el valor 1 “Urgente”.
 - Se consignará como fecha del ingreso aquella en la que el paciente contactó con urgencias.
 - Los procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos realizados en urgencias se incorporarán al CMBD de hospitalización.
 - Si como consecuencia de la asistencia en urgencias se hubiera producido una complicación, esta se recogerá con su correspondiente POA “No”.
 - Se recogerá el identificador de la urgencia

- Se recogerá la fecha-hora de la orden de ingreso en hospitalización desde urgencias
- Los procedimientos que se realicen en HDM para un paciente ingresado en el mismo hospital no generarán un registro en el CMBD de HDM sino que dicha actividad se recogerá únicamente en el CMBD de hospitalización.
- Los procedimientos que se realicen en HDM para un paciente ingresado en otro hospital del SSPA o ajeno al SSPA generarán un registro en el CMBD de HDM del hospital que los ha realizado. No obstante el CMBD de hospitalización del hospital en que se encuentra ingresado el paciente recogerá también dichos procedimientos, haciendo constar que se han realizado en otro hospital y en cual.
- Cuando un paciente remitido desde otro hospital (hospital1) quede ingresado más de un día en el hospital de destino (hospital2) para la realización de un procedimiento y posteriormente sea devuelto a su hospital de origen (hospital1), se deberá generar la siguiente secuencia de CMBD:
 - Hospital 1) Alta por traslado a otro hospital.
 - Hospital 2) Ingreso procedente de otro hospital y posterior alta por traslado a otro hospital.
 - Hospital 1) Ingreso procedente de otro hospital.

En este caso, los procedimientos realizados en el hospital 2 sólo se recogerán en el CMBD de hospitalización de dicho hospital.

CMBD DE HOSPITALIZACIÓN EN COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE SALUD MENTAL (CTE)

- El CMBD de CTE recoge información al alta de los episodios de los pacientes ingresados en estas unidades.
- Un ingreso implica la admisión de un paciente en una CTE con la consiguiente ocupación de una cama.
- Se considera que un paciente genera una estancia cuando permanece en la CTE a la hora censal (00:00 horas).
- En el caso de que un paciente ingresado en una CTE precisara ingresar en una unidad de hospitalización convencional cursará previamente alta en la CTE. Si tras el alta en la unidad de hospitalización convencional el paciente requiriera volver a la CTE generará un nuevo ingreso en esta última modalidad.
- Los contactos que, durante un episodio de hospitalización en CTE, se produzcan con modalidades asistenciales ambulatorias (consultas, urgencias, hospital de día médico y hospital de día quirúrgico) generarán los correspondientes registros en dichos ámbitos y la actividad generada en ellos no se incluirá en el registro del CMBD de hospitalización en la CTE.

CMBD DE HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

- La unidad de registro en este ámbito es el contacto del paciente con el HDQ para

ser intervenido.

- En el CMBD de HDQ se recogerán los episodios de hasta 24 horas con intervenciones de cirugía mayor y menor programadas (y provisionalmente las urgentes) realizadas en un quirófano hospitalario.

Se consideran intervenciones de cirugía mayor en HDQ a las incluidas en el anexo 8.

CMBD DE HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

- La unidad de registro en este ámbito es el contacto del paciente con el HDM para serle realizado uno ó varios procedimientos diagnósticos o terapéuticos de forma programada. La duración de los episodios de HDM será de hasta 24 horas.
- Los hospitales podrán declarar al CMBD de HDM los procedimientos que se lleven a cabo en este ámbito y en cualquier caso deberán declarar todos los realizados de entre los comprendidos en el listado del anexo 9 de este Manual de Instrucciones (Códigos de las actividades incluidas en HDM para el año 2022), teniendo en cuenta las consideraciones recogidas en el apartado “CMBD de Hospitalización”.

PROCEDIMIENTOS DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN

- El hospital remitirá a los SSCC el día 5 de cada mes, en un fichero independiente, el CMBD de cada ámbito acumulado hasta el mes anterior. Estos ficheros incluirán todos los registros independientemente de su estado decodificación.
- Los CMBD remitidos serán acumulativos, de forma que los ficheros enviados cada mes incluirán todos los registros del año generado hasta esa fecha.
- Si el hospital necesitara realizar modificaciones de los datos remitidos, éstas se recogerán en los datos acumulados del siguiente mes.
- Los ficheros CMBD se enviarán en formato texto (txt) plano, con el carácter ‘|’ (pipe) como separador de campos y sin delimitador de texto, de acuerdo con la estructura definida en el anexo 1 de este documento.
- El nombre de los ficheros tendrá la siguiente estructura: "???HH04AA.TXT", donde:
 - **???**: identifica el ámbito del CMBD y debe cumplimentarse **siempre con mayúsculas**:
 - **HOS** para el CMBD de Hospitalización.
 - **CTE** para el CMBD de Comunidad Terapéutica de Salud Mental.
 - **HDQ** para el CMBD de Hospital de Día Quirúrgico.
 - **HDM** para el CMBD de Hospital de Día Médico.
 - **HH**: son los dos últimos dígitos del código del hospital que deposita el fichero (anexo 2)

- **04**: Estos dígitos (anteriormente correspondientes al cuarto trimestre), permiten el envío de los registros acumulados hasta cualquier fecha del año.
- **AA**: son las dos últimas cifras del año a que corresponden los registros del CMBD.

Ejemplos:

- fichero CMBD de hospitalización del hospital Virgen de la Victoria de enero de 2024: **HOS330424.TXT**
- fichero CMBD de comunidad terapéutica de salud mental del hospital Virgen de la Victoria de abril de 2024: **CTE330424.TXT**
- fichero CMBD de HDQ del hospital Virgen de la Victoria de julio de 2023: **HDQ330424.TXT**
- fichero CMBD de HDM del hospital Virgen de la Victoria del año del 2023: **HDM330424.TXT**
- Las personas acreditadas de cada hospital enviarán los ficheros al servidor del Centro de Tratamiento de la Información (CTI) mediante FTP (file transfer protocol).
- Para solicitar la acreditación de un nuevo usuario, el responsable directivo del CMBD del hospital deberá enviar al Servicio de Producto Sanitario, una nota de solicitud junto con el formulario de Solicitud de alta usuario FTP CMBD, debidamente cumplimentado, que encontrará en el apartado de “Formularios/Manuales” del CMBD de la página:

<http://cges.sas.junta-andalucia.es/cges/index.php/2012-05-21-06-15-58/explotacion-datos/apliccorp-expldatos-ddweb>
- El Centro de Gestión de Sistemas y Tecnologías del SAS (CEGES-SAS), a petición del Servicio de Producto Sanitario, asignará un “usuario” y una “clave” a dichas personas, lo que les permitirá depositar los ficheros CMBD en el servidor.
- Para el envío de los ficheros CMBD, se deberá teclear en el navegador de internet la siguiente dirección: <http://portalceges.sas.junta-andalucia.es>, que permitirá acceder al portal-CEGES. Una vez en el portal se accederá al apartado del menú denominado “Aplicaciones corporativas”, se seleccionará la opción “Explotación datos”, y posteriormente la opción “DDWEB”. Dentro del apartado CMBD le será solicitado el “usuario” y la “clave”.
- Cada usuario accederá directamente a la carpeta propia de su hospital donde encontrará cuatro subcarpetas, una para cada uno de los tipos de CMBD (Hospitalización, CTE, HDQ y HDM).



- Dentro de cada tipo de CMBD encontrará una carpeta de "entrada", una de "salida" y una conteniendo el "histórico" de entregas.



- El usuario depositará el fichero en la correspondiente carpeta de "entrada" del ámbito del CMBD de que se trate.
- Tras el depósito de los ficheros se ejecutará automáticamente un proceso de validación de la información, que generará los siguientes informes para cada ámbito del CMBD (Hospitalización, CTE, HDQ y HDM) y los colocará en las correspondientes carpetas de "salida":
 - Fichero de registros con cualquier tipo de error: ???HH04AA - (DETALLES).LOG
 - Informe resumen de errores. ???HH04AA - (RESUMEN).LOG
 - Fichero con registros rechazados. ???HH04AA - (RECHAZADOS).LOG
 - Fichero con registros válidos. ???HH04AA - (VALIDOS).LOG
- Una vez generados estos informes, el fichero CMBD que los ha originado y que estaba depositado en la correspondiente carpeta de "entrada", pasará a una subcarpeta de "backup" situada dentro esa misma carpeta de entrada.
- Este proceso de validación permitirá al hospital subsanar los errores detectados y volver a depositar de nuevo los ficheros corregidos cuantas veces estime necesario dentro del plazo de entrega. Tras cada depósito de información el proceso descrito se ejecutará de nuevo, pasando los informes previos que se encontraban en la carpeta de salida a la subcarpeta de backup de dicha carpeta.
- El primer día de cada mes, el Servicio de Producto Sanitario utilizará los últimos datos que hayan sido depositados hasta esa fecha para configurar el CMBD oficial del periodo.

VARIABLES DEL CMBD

1 HOSPITAL (HOSPITAL)

Identifica al hospital del SSPA o el hospital privado en su parte concertada que genera y remite el registro del CMBD.

Esta variable tomará únicamente los valores contenidos en el anexo 2.

Longitud del campo: 5 dígitos.

2 ÁMBITO ASISTENCIAL (AMBITO)

Identifica el ámbito donde se ha llevado a cabo la actividad que se declara.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Hospitalización
2	Hospitalización en comunidad terapéutica de salud mental
3	Hospital de día quirúrgico
4	Hospital de día médico

Longitud del campo: 1 dígito.

3 IDENTIFICADOR DEL REGISTRO (IDENTIFICADOR)

Identifica unívocamente cada registro incluido en cada CMBD anual de cada uno de los ámbitos del hospital. En los ámbitos de Hospitalización, Comunidad Terapéutica de Salud Mental y Hospital de Día Quirúrgico se recogerá el identificador del episodio (Diraya o equivalente en hospitales no SAS). En el ámbito de Hospital de Día Médico se recogerá el identificador de la sesión (Diraya o equivalente en hospitales no SAS).

Una vez remitido un fichero CMBD a los SSCC, este campo no podrá ser modificado ya que será el campo que permitirá identificar cada registro en las comunicaciones entre los hospitales y los SSCC.

Longitud máxima del campo: 12 dígitos.

4 IDENTIFICADOR DEL EPISODIO DE URGENCIAS (IDURGENCIAS)

Identifica al episodio de urgencias que originó un episodio de hospitalización

Es de obligada cumplimentación para los registros de los pacientes que provienen directamente desde urgencias. Se corresponderá con el identificador del registro en el CMBD de Urgencias.

Longitud máxima del campo: 12 dígitos.

5 FINANCIACIÓN (REGFIN)

Hace referencia a la persona o entidad responsable de la financiación del contacto o ingreso del paciente.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Sistema Nacional de Salud. Residente en Andalucía
2	Sistema Nacional de Salud. Residente en otra Comunidad
3	Reconocimiento del derecho de asistencia en Andalucía
4	Convenio Unión Europea
5	Convenio internacional estatal
6	Instituciones penitenciarias
7	Mutualidades de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Opción pública
8	Mutualidades de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Opción privada
9	Privado particular (personas físicas)
10	Compañías de seguro sanitario privado. Accidentes de tráfico
11	Compañías de seguro sanitario privado. Excepto accidentes de tráfico
12	Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (Accidentes de trabajo o enfermedad profesional)
13	Asistencia Sanitaria Transfronteriza.
14	Otros

Definiciones

1 Sistema Nacional de Salud. Residente en Andalucía

Asistencia sanitaria prestada a residentes en Andalucía con cobertura sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

2 Sistema Nacional de Salud. Residente en otra Comunidad

Asistencia sanitaria prestada a residentes en una Comunidad Autónoma diferente de Andalucía con cobertura sanitaria por el Sistema Nacional de Salud.

3 Reconocimiento del derecho de asistencia en Andalucía

Asistencia prestada en centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía a personas extranjeras en situación irregular y sin recursos.

4 Convenio Unión Europea

Asistencia sanitaria prestada a ciudadanos de la Unión Europea durante su estancia en España contemplada en el convenio para países de la Unión Europea.

5 Convenio internacional estatal

Asistencia sanitaria prestada a ciudadanos extranjeros durante su estancia en España contemplada en convenios bilaterales específicos excepto el de la Unión Europea.

6 Instituciones penitenciarias

Asistencia sanitaria prestada a la población reclusa en Andalucía.

7 Mutualidades de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Opción pública

Asistencia sanitaria prestada a los mutualistas o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas y Mutualidad General Judicial que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del Sistema Nacional de Salud.

8 Mutualidades de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Opción privada

Asistencia sanitaria prestada a los mutualistas o beneficiarios pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Instituto Social de las Fuerzas Armadas y Mutualidad General Judicial que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de entidades de seguro.

9 Privado particular (personas físicas)

Asistencia sanitaria que recibe un usuario de cuyo pago es responsable él mismo incluyendo los extranjeros privados que no tengan cubierta su asistencia por un Convenio Internacional.

10 Compañías de seguro sanitario privado. Accidentes de tráfico

Asistencia sanitaria prestada como consecuencia de un accidente de tráfico.

11 Compañías de seguro sanitario privado. Excepto accidentes de tráfico

Asistencia sanitaria que recibe un usuario de cuyo pago es responsable un tercero a través de una entidad aseguradora obligatoria no contemplada en los casos anteriores y que comprende:

- Seguros obligatorios excluido el de vehículos de motor (seguro escolar, deportistas federados y profesionales, viajeros, caza, taurinos no profesionales, festivos...).
- Convenios o conciertos con otros organismos o entidades, en los que los términos del convenio o concierto no están incluidos en otros apartados.

En ningún caso comprende a los mutualistas o beneficiarios pertenecientes a MUFACE, ISFAS y MUGEJU que reciben la asistencia sanitaria a través de entidades de seguro y que están incluidos en la categoría 8.

12 Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social. Accidentes de trabajo y enfermedad profesional

Asistencia sanitaria prestada en los supuestos de accidente de trabajo o enfermedad profesional cuando ésta esté concertada con una Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.

13 Asistencia Sanitaria Transfronteriza

Asistencia sanitaria prestada a pacientes de otro Estado miembro de la Unión Europea según lo establecido en Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza.

En ningún caso comprende a los ciudadanos cubiertos por los reglamentos europeos y convenios bilaterales incluidos en las categorías 4 y 5.

14 Otros

Longitud del campo: 2 dígitos.

6 TIPO DE CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (TIPCIP)

Hace referencia al tipo de documento que se utilizará para la identificación del paciente en ese ingreso o contacto en función de su financiación. Su cumplimentación es obligatoria.

Valores	Descripción
1	Número Único de Historia de Salud de Andalucía (NUHSA)
2	Tarjeta de Identificación Sanitaria del Sistema Nacional de Salud (TIS_SNS)
3	Código de Identificación de MUFACE/ISFAS/MUGEJU
4	Tarjeta Sanitaria Europea
5	Documento Nacional de Identidad (DNI)
6	Pasaporte

Relación entre financiación y tipo de documento:

FINANCIACIÓN	TIPO CIP
1 SNS. Residente en Andalucía	1 NUHSA
2 SNS. Residente en otra Comunidad	2 Tarjeta de Identificación Sanitaria del SNS (TIS_SNS)
7 y 8 Mutualidades de los regímenes especiales de la Seguridad Social de funcionarios (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Opciones pública y privada	3 Código Identificación de MUFACE/ISFAS/MUGEJU
4 Convenio Unión Europea	4 Tarjeta Sanitaria Europea
3 Reconocimiento del derecho de asistencia en Andalucía 5 Convenio internacional estatal 6 Instituciones penitenciarias 9 Privado particular (personas físicas) 10 y 11 Compañías de seguro sanitario privado 12 Mutuas Colaboradoras con la SS (AT o EP) 13 Asistencia Sanitaria Transfronteriza 14 Otros	5 DNI o 6 Pasaporte

Longitud del campo: 1 dígito.

7 CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (CIP)

Código de identificación del paciente en ese ingreso o contacto en función del tipo de código de identificación personal (TIPCIP).

Longitud máxima del campo: 20 dígitos.

8 NÚMERO ÚNICO DE HISTORIA DE SALUD DE ANDALUCÍA / HISTORIA CLÍNICA DEL HOSPITAL (NUHSA/HISTORIA)

Es de obligada cumplimentación en todos los contactos independientemente del Tipo de CIP y CIP que se hayan recogido.

Se recogerá el número único de historia de salud de Andalucía (NUHSA) del paciente. Sólo en el caso excepcional de que no se disponga del NUHSA se podrá recoger el número de historia clínica propio del hospital.

En el caso del NUHSA se recogerá como una secuencia continua de 12 caracteres. Los dos primeros caracteres corresponden siempre a las letras AN y los diez restantes son números.

Ejemplo: **AN0067889430**

En el caso de la historia clínica del hospital se recogerá mediante una secuencia continua de números.

Ejemplos:
230067889
11

Longitud máxima del campo: 12 caracteres.

9 FECHA DE NACIMIENTO (FECNAC)

Contendrá una secuencia continua de 8 números con el formato **ddmmaaaa**

Ejemplo: **06032006**

Longitud del campo: 8 dígitos.

10 SEXO (SEXO)

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Hombre
2	Mujer
3	Indeterminado

El término **Indeterminado** se reservará para los casos de pacientes con alteraciones que no permitan la asignación del atributo sexo.

Longitud del campo: 1 dígito.

11 RESIDENCIA POSTAL (RESIDPCP)

Recoge el código postal del domicilio habitual del paciente y se cumplimenta en función del país de residencia:

- Residentes en España: Será de elección el lugar donde se reside seis meses o más o alternativamente el lugar de empadronamiento.

Ejemplo: **04001**

Si no es posible cumplimentar el código postal en su totalidad se informará la provincia de residencia mediante las dos primeras cifras del código INE (anexo 5) seguidas de tres ceros.

Ejemplo: **04000**

- Residentes en países extranjeros: Los dos primeros dígitos corresponderán al código internacional (53) y los tres siguientes al código ISO del país de residencia del paciente (anexo 6).

Ejemplo: **53504** (Paciente residente en Marruecos)

Si se desconociera el país de residencia se recogerá el código **53000**.

Longitud del campo: 5 dígitos.

12 RESIDENCIA MUNICIPAL (RESIDEMUNI)

Recoge el código municipal (INE) del domicilio habitual del paciente y se cumplimenta en función del país de residencia:

- Residentes en España: Será de elección el lugar donde se reside seis meses o más o alternativamente el lugar de empadronamiento.

Ejemplo: **410016 (Aguadulce)**

Si no es posible cumplimentar el código municipal en su totalidad se informará la provincia de residencia mediante las dos primeras cifras del código INE (anexo 5) seguidas de cuatro ceros.

Ejemplo: **410000**

- Residentes en países extranjeros: Los tres primeros dígitos corresponderán al código internacional (530) y los tres siguientes al código ISO del país de residencia del paciente (anexo 6).

Ejemplo: **530504** (Paciente residente en Marruecos)

Si se desconociera el país de residencia se recogerá el código **530000**.

Longitud del campo: 6 dígitos.

13 PAIS DE NACIMIENTO (PAISNAC)

Código ISO del país de nacimiento del paciente (Anexo 6)

Longitud del campo: 3 dígitos.

14 ÁMBITO DE PROCEDENCIA (PROCEDEN)

Identifica al solicitante del ingreso o contacto (inmediato o diferido). Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Urgencias del propio hospital
2	Consultas del propio hospital
3	Lista de Espera Quirúrgica
4	Hospital de día médico del propio hospital
5	Hospital de día quirúrgico del propio hospital
6	Nacidos en el hospital
7	Hospitalización del propio hospital
8	Hospitalización a domicilio del propio hospital
9	Procedimientos ambulatorios de especial complejidad del propio hospital
10	Otro hospital
11	Por orden judicial
12	Hospitalización de comunidad terapéutica de salud mental
13	Centro de Atención Primaria

Nota aclaratoria:

3. **Lista de Espera Quirúrgica.** Pacientes procedentes de LEQ (tanto los de inclusión en el propio hospital como los que provienen de otro hospital). Si el paciente proviene de una LEQ no se consignará como procedente de consulta.

6. **Nacidos en el Hospital.** Neonatos que han nacido en el hospital, quedando a continuación ingresados en el mismo.

10. **Otro Hospital.** Identificará, exclusivamente:

- En el CMBD de hospitalización: Ingresos procedentes de otro hospital excepto los que provengan de LEQ.
- En el CMBD de CTE: Ingresos procedentes de otro hospital.
- En el CMBD de HDM: Contactos para la realización de procedimientos a pacientes ingresados en otro hospital del SSPA.

13. **Centro de Atención Primaria.** Se cumplimentará únicamente para el Ámbito Asistencial de Hospital de Día Médico para aquellos procedimientos solicitados desde el ámbito de atención primaria (Anexo 4).

Longitud máxima del campo: 2 dígitos

15 HOSPITAL O CAP DE PROCEDENCIA (PROCH)

Identifica el Hospital o Centro de Atención Primaria del que procede el paciente. Se cumplimentará cuando el ámbito de procedencia sea:

- 3: **Lista de Espera Quirúrgica**, cuando la cirugía haya sido realizada a pacientes procedentes de otro hospital.
- 10: **Otro Hospital**
- 13: **Centro de Atención Primaria** (solo en el caso de que el Ámbito Asistencial sea Hospital de Día Médico)

En el caso de los Hospitales españoles, esta variable podrá contener:

- los códigos recogidos en el anexo 2 para los hospitales del SSPA (incluyendo los hospitales privados en su parte concertada por el SSPA)
- los códigos del Catálogo Nacional de Hospitales para el resto de los hospitales del estado. En el anexo 3 se recogen los códigos del Catálogo Nacional de hospitales de los hospitales no SSPA de Andalucía, Ceuta y Melilla.

En el caso de Hospitales extranjeros, se recogerá el código ISO del país del hospital de procedencia (Anexo 6).

En el caso de los Centros de Atención Primaria esta variable podrá contenerlos códigos recogidos en el anexo 4 para los CAP del SSPA.

Longitud máxima del campo: 6 dígitos.

16 FECHA-HORA DE INGRESO O CONTACTO (FECING)

Momento de llegada del paciente al ámbito asistencial correspondiente tal y como se registra en admisión o en los servicios asistenciales del centro.

Esta variable contendrá una secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora **ddmmaaaa hhmm**

Ejemplo: **06032016 1211**

Cuando un paciente hospitalizado provenga directamente de HDQ, HDM o de urgencias, en el registro del CMBD de hospitalización se consignará como fecha del ingreso aquella en la que el paciente contactó con el ámbito de procedencia.

Longitud del campo: 13 dígitos.

17 FECHA-HORA DE ORDEN DE INGRESO DESDE URGENCIAS (FECINGHOSP)

Aplica únicamente al ámbito de hospitalización de los episodios de pacientes que provienen directamente desde urgencias.

Recogerá el momento en que, desde urgencias, se cursa la orden para que el paciente ingrese en hospitalización.

Esta variable contendrá una secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora **ddmmaaaa hhmm**

Ejemplo: **06032016 1211**

Longitud del campo: 13 dígitos.

18 TIPO DE VISITA (TIPVISITA)

Aplica al ámbito de HDM.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Contacto inicial
2	Contacto sucesivo

Longitud del campo: 1 dígito.

19 CIRCUNSTANCIA DEL INGRESO O CONTACTO (TIPING)

Esta variable refiere si el ingreso o contacto había sido programado con anterioridad o no.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Urgente
2	Programado

Los ingresos de los nacidos en el hospital serán considerados urgentes, así como los

que provengan directamente de HDQ, HDM o urgencias.

Longitud del campo: 1 dígito.

20 SERVICIO RESPONSABLE DEL INGRESO O CONTACTO (SERVING)

Se registrará el servicio responsable del ingreso o contacto del paciente en el hospital.

En el ámbito de comunidad terapéutica de salud mental se cumplimentará con el valor 70490 de Salud Mental.

Esta variable podrá contener únicamente los valores comprendidos en el anexo 7.

Longitud del campo: 5 dígitos.

21 INGRESO EN UCI (UCI)

Se consignará el valor "1" en los episodios de hospitalización en que el paciente, en algún momento del ingreso, haya sido atendido en una unidad de cuidados intensivos.

Longitud del campo: 1 dígito.

22 DIAS DE ESTANCIA EN UCI (DIASUCI)

Se cumplimentará en el CMBD de hospitalización.

Identificará el número total de días que el paciente ha permanecido en una unidad de cuidados intensivos durante su ingreso hospitalario.

En el caso de que un paciente sea ingresado y dado de alta en UCI en el mismo día, se computarán cero días de estancia en este campo.

Longitud máxima del campo: 3 dígitos.

23 FECHA-HORA DE ALTA (FECALT)

Se entiende en este caso el alta como el fin del episodio asistencial.

Esta variable contendrá una secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora

ddmmaaaa hhmm

Ejemplo: **06032016 1211**

Longitud del campo: 13 dígitos.

24 CIRCUNSTANCIA DEL ALTA (TIPALT)

Esta variable recoge el destino inmediato tras el alta o fin del episodio.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Destino al domicilio
2	Traslado a otro hospital
3	Traslado a residencia social

Valores	Descripción
4	Alta voluntaria
5	Defunción
6	Hospitalización a domicilio
7	In Extremis
8	Fuga
9	Hospitalización de comunidad terapéutica de salud mental
10	Hospitalización de agudos

1. Destino al domicilio. Cuando el paciente regresa a su domicilio habitual o vuelve al centro que constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto.

2. Traslado a otro hospital. Serán incluidos aquellos usuarios que, bien por necesidades diagnósticas y/o terapéuticas o bien porque procedan de ella, sean trasladados a otra área hospitalaria con carácter definitivo.

3. Traslado a Residencia Social. Centro social sustitutorio de domicilio del paciente si este no constituía su residencia habitual antes del ingreso/contacto.

4. Alta voluntaria. Cuando el alta se produce a instancias del propio paciente (o de sus representantes).

5. Defunción. Fallecimiento en el Centro.

6. Hospitalización a domicilio. El destino al alta hospitalaria es una de las unidades de hospitalización a domicilio constituidas formalmente, entendiéndose por tales aquellas creadas para la atención de determinadas patologías con desplazamiento del equipo de asistencia al propio domicilio del usuario.

7. In Extremis. Altas a petición propia o del responsable del paciente en casos de extrema gravedad.

8. Fuga. Cuando el paciente abandona el centro sin que exista una indicación médica o sin conocimiento del hospital.

9. Comunidad Terapéutica. El destino al alta hospitalaria es una de las unidades de hospitalización en Comunidad Terapéutica.

10. Hospitalización de agudos. El destino al alta desde una comunidad terapéutica de salud mental es la hospitalización de agudos. Su uso será válido únicamente desde hospitalización de comunidad terapéutica de salud mental.

Longitud del campo: 2 dígitos.

25 HOSPITAL DE TRASLADO (TRASH)

Identifica el hospital al que es trasladado el paciente.

Únicamente se cumplimentará, y será de obligatoria cumplimentación, cuando la variable “circunstancia al alta” contenga el valor 2.

En el caso de los hospitales españoles, esta variable podrá contener únicamente:

- los códigos recogidos en el anexo 2 para los hospitales del SSPA (incluyendo los hospitales privados en su parte concertada por el SSPA)

- los códigos del Catálogo Nacional de Hospitales para el resto de los hospitales del Estado. En el anexo 3 se recogen los códigos del Catálogo Nacional de los hospitales no SSPA de Andalucía, de Ceuta y de Melilla.

En el caso de hospitales extranjeros, se recogerá el código ISO del país del hospital (anexo 6).

Longitud máxima del campo: 6 dígitos.

26 CONTINUIDAD ASISTENCIAL (CONTINUIDAD)

Indica el ámbito del mismo hospital o centro sanitario en el que se programa un nuevo contacto al paciente tras el alta o fin del episodio.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	No precisa
2	Ingreso en hospitalización
3	Hospitalización a domicilio
4	Hospital de día médico
5	Hospital de día quirúrgico
6	Urgencias
7	Consultas
8	Comunidad terapéutica de salud mental

Longitud del campo: 1 dígito.

27 SERVICIO RESPONSABLE DEL ALTA (SERVALT)

Se registrará el servicio responsable del alta del paciente (entendiendo en este caso el alta como el fin del episodio asistencial).

En el ámbito de comunidad terapéutica de salud mental se cumplimentará con el valor 70490 de Salud Mental.

Esta variable podrá contener únicamente los valores comprendidos en el anexo 7.

Longitud del campo: 5 dígitos.

28 UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA RESPONSABLE DEL ALTA (UGCALT)

Esta variable registrará la unidad de gestión clínica responsable del alta del paciente (entendiendo en este caso el alta como el fin del episodio asistencial).

Los códigos de las unidades de gestión clínica se recogen en el módulo de estructura funcional de Diraya como unidades funcionales finales. Constan de 9 caracteres, correspondiendo los tres primeros con las letras UGC.

Longitud del campo: 9 caracteres.

29 A 136 DIAGNÓSTICOS, POAS, CAUSAS EXTERNAS Y MORFOLOGIA DE LAS NEOPLASIAS

El diagnóstico principal ocupará la primera posición y se seguirá de su POA y, si procede, de los códigos de causas externas que lo informen hasta un máximo de cinco (dos de causa/intencionalidad, una de lugar, una de actividad y una de estado).

A continuación se recogerán los códigos de los diagnósticos secundarios. Cada uno de ellos se seguirá de su correspondiente POA y, si procede, de los códigos de causas externas que lo informen hasta un máximo de tres (dos de causa/intencionalidad y una de lugar).

DIAGNÓSTICO 1 (D1) (PRINCIPAL)

En el ámbito de la hospitalización y la comunidad terapéutica de salud mental, el diagnóstico principal es "el proceso que, tras el estudio pertinente y al alta hospitalaria, se considera el responsable del ingreso del usuario en el hospital", utilizando la definición de la Orden 6 Septiembre 1984, del Ministerio de Sanidad y Consumo.

En los ámbitos de HDM y HDQ, se define como el proceso, que al alta hospitalaria, se considera responsable del procedimiento o del grupo de procedimientos relacionados que se han realizado al paciente en estos ámbitos.

En el caso de que al paciente se le realicen procedimientos no relacionados entre sí (ej.: herniorrafia inguinal y reparación de fimosis) quedará al arbitrio del documentalista identificar el diagnóstico principal (ej.: hernia inguinal o fimosis), e introducirá el resto de los diagnósticos en campos de diagnósticos secundarios.

Se codificará mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigor.

Esta variable contendrá una secuencia de hasta siete letras o números con un punto entre los tres primeros y los cuatro últimos en su caso.

Ejemplos:

I10

E11.9

J10.01

E11.319

S82.851A

Longitud máxima del campo: 8 caracteres.

DIAGNÓSTICOS 2 A 20 (D2 A D20) (SECUNDARIOS)

Se consideran diagnósticos secundarios a los procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con él en el momento del ingreso o contacto, que se desarrollan a lo largo de éste, o que influyen en su duración o en el tratamiento administrado. Deben excluirse los diagnósticos relacionados con un episodio anterior que no tengan que ver con el que ha ocasionado el actual ingreso o contacto.

Se podrán recoger hasta 19 diagnósticos secundarios. No se incluirán en este apartado los códigos de causas externas.

Se codificarán con la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigor mediante una secuencia de hasta siete letras o números con un punto entre los tres primeros y los cuatro últimos en su caso.

Ejemplos:

I10

E11.9

J10.01
Z91.138
T38.0X5A

Longitud máxima del campo: 8 caracteres.

CONDICIÓN DE PRESENTE AL INGRESO O AL INICIO DEL CONTACTO D1 – D20 (POAD1 a POAD20)

Esta variable identifica si los diagnósticos a los que acompaña estaban presentes en el momento en que se generó el ingreso o el contacto.

Se codificará siguiendo la normativa recogida en el manual de diagnósticos CIE10ES en vigor.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
S	Sí
N	No
D	Desconocido
I	Indeterminado clínicamente
E	Exento de codificación

Longitud del campo: 1 carácter.

CAUSAS EXTERNAS D1 - D20 (CE1D1 a CE3D20)

Se codificarán mediante los códigos de causa externa de la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigor.

El diagnóstico principal podrá acompañarse de hasta 5 códigos de causa externa y los diagnósticos secundarios de hasta 3.

No se solicita el POA de los códigos de causa externa.

CAUSAS EXTERNAS 1 y 2 CAUSA / INTENCIONALIDAD (CE1 y CE2)

Las causas externas CE1 y CE2 informarán de la causa de la lesión o el problema de salud y/o de la intencionalidad de la misma (no intencionada o accidental, intencionada, etc.).

Estas variables contendrán una secuencia de hasta siete letras o números con un punto entre los tres primeros y los cuatro últimos en su caso.

Ejemplos:

Y09

Y07.9

Y07.01

Y07.529

V00.01XA

Ejemplos:

CE1: V87.3XXA Persona lesionada en colisión entre coche y autobús contacto inicial
CE2: W22.12XA Golpeado por airbag de automóvil del lado del pasajero, contacto inicial

Códigos permitidos: los pertenecientes a las categorías V00 a Y90, y el código Y95.

Longitud máxima del campo: 8 caracteres.

CAUSA EXTERNA 3 LUGAR DE ACONTECIMIENTO (CE3)

La causa externa CE3 informará del lugar en que ocurrió el acontecimiento. Puede aplicar tanto al diagnóstico principal como a los secundarios.

Esta variable contendrá una secuencia de hasta siete letras o números con un punto entre los tres primeros y los cuatro últimos en su caso.

Ejemplos:

Y92.9

Y92.10

Y92.238

Códigos permitidos: los pertenecientes a la categoría Y92.

Longitud máxima del campo: 8 caracteres.

CAUSA EXTERNA 4 ACTIVIDAD (CE4)

La causa externa CE4 informará de la actividad que el paciente realizaba en el momento del acontecimiento. Aplica únicamente al diagnóstico principal.

Esta variable contendrá una secuencia de hasta siete letras o números con un punto entre los tres primeros y los cuatro últimos en su caso.

Ejemplos:

Y93.9

Y93.01

Códigos permitidos: los pertenecientes a la categoría Y93.

Longitud máxima del campo: 8 caracteres.

CAUSA EXTERNA 5 ESTADO/CONDICIÓN (CE5)

La causa externa CE5 informará de la condición laboral de la persona afectada en el momento en que ocurrió el acontecimiento. Indica si el evento aconteció durante actividades militares, si una persona civil estaba trabajando, o si un individuo (incluyendo estudiantes o voluntarios) estaba involucrado en una actividad no laboral en el momento del evento causal. Aplica únicamente al diagnóstico principal.

Esta variable contendrá una secuencia de hasta siete letras o números con un punto entre los tres primeros y los cuatro últimos en su caso.

Ejemplos:

Y99.1

Códigos permitidos: los pertenecientes a la categoría Y99.

Longitud máxima del campo: 8 caracteres.

CÓDIGOS MORFOLOGÍA DE NEOPLASIAS (M1-M6)

Se codificarán mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades para oncología (CIEO) en vigor.

Se podrán recoger hasta 6 códigos de morfología de neoplasias.

Esta variable contendrá una secuencia de seis o siete caracteres: cuatro dígitos, una barra inclinada "/" y uno ó dos dígitos más.

Ejemplos:

8000/0

8000/31

Longitud del campo: 7 caracteres.

137 A 236 PROCEDIMIENTOS Y CAMPOS RELACIONADOS (FECHA-HORA, CARÁCTER URGENTE-PROGRAMADO, CARÁCTER EXTERNO, HOSPITAL EXTERNO)

Se colocará en primera posición el procedimiento más relevante de entre los relacionados con el diagnóstico principal.

Cada campo de procedimiento se seguirá de los siguientes campos:

- Fecha - hora de realización del procedimiento si se hubiera realizado en un quirófano, paritorio o sala especial.
- Carácter urgente o programado del procedimiento si se hubiera realizado en un quirófano, paritorio o sala especial.
- Carácter externo del procedimiento, indicando si este se ha realizado en un hospital distinto al del ingreso.
- Hospital externo en que se ha realizado el procedimiento en su caso.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS / DIAGNÓSTICOS / TERAPÉUTICOS 1-20 (P1-P20)

Hacen referencia a los procedimientos realizados que requieren recursos materiales y humanos especializados, que implican un riesgo para el paciente o que por su relación con el diagnóstico principal, resultan relevantes para su estudio o tratamiento.

Se codificarán con la Clasificación Internacional de Enfermedades en vigor.

Contendrán una secuencia de siete letras o números.

Ejemplos:

0016071

Longitud del campo: 7 caracteres.

FECHA - HORA DE REALIZACIÓN P1 - P20 (FEC P1 – FEC P20)

Esta variable se cumplimentará cuando el procedimiento se haya realizado en un quirófano, paritorio o sala especial.

Esta variable contendrá una secuencia de 12 números con un espacio entre los ocho primeros correspondientes a la fecha y los cuatro últimos correspondientes a la hora **ddmmaaaa hhmm**.

Ejemplo: **06032016 1211**

Longitud del campo: 13 dígitos.

CARÁCTER URGENTE / PROGRAMADO P1 - P20 (TIPOP1 – TIPOP20)

Esta variable se cumplimentará cuando el procedimiento se haya realizado en un quirófano, paritorio o sala especial.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Urgente
2	Programado

Longitud del campo: 1 dígito.

CARÁCTER EXTERNO P1 - P20 (EXTP1 – EXTP20)

Esta variable tomará el valor “1” en el CMBD de hospitalización cuando el procedimiento se ha realizado en un hospital distinto al hospital en el que está ingresado el paciente.

Longitud del campo: 1 dígito.

HOSPITAL EXTERNO P1 - P20 (HOSPEXTP1 – HOSPEXTP20)

Esta variable recogerá el hospital en que se ha realizado el procedimiento en el caso de que éste se haya realizado en un hospital distinto al hospital en el que está ingresado el paciente.

Esta variable podrá contener únicamente:

- los códigos recogidos en el anexo 2 para los hospitales del SSPA.
- los códigos del Catálogo Nacional de Hospitales para el resto de los hospitales del estado. En el anexo 3 se recogen los códigos del Catálogo Nacional de los hospitales no SSPA de Andalucía, Ceuta y Melilla.

Longitud máxima del campo: 6 dígitos.

237 A 242 PESO Y SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS**PESO AL NACIMIENTO DE LOS RECIEN NACIDOS 1 A 3 (PESO1N, PESO2N, PESO3N)**

Estos campos se cumplimentarán en el CMBD de hospitalización siempre que el registro corresponda a un parto.

Estas variables registrarán el peso del/los recién nacido/s, en gramos, en sus primeras 24 horas de vida, antes de la pérdida efectiva de peso.

Se podrán recoger los pesos de hasta 3 recién nacidos diferentes.

Ejemplos:

950

3280

Longitud máxima del campo: 4 dígitos.

SEXO DE LOS RECIEN NACIDOS 1 A 3 (SEXO1N, SEXO2N, SEXO3N)

Estos campos se cumplimentarán en el CMBD de hospitalización siempre que el registro corresponda a un parto.

Se podrán recoger los sexos de hasta 3 recién nacidos diferentes.

Los valores que puede tomar esta variable son:

Valores	Descripción
1	Hombre
2	Mujer
3	Indeterminado

3. Indeterminado. Este término se reservará para los casos de pacientes con alteraciones que no permitan la asignación del atributo sexo.

Longitud del campo: 1 dígito.

ANEXOS

Los siguientes anexos se encuentran en la hoja de cálculo “Anexos al manual del CMBD 2024” que acompaña a este documento.

- Anexo 1. Estructura del CMBD de Hospitalización, Comunidad Terapéutica de Salud Mental y Hospital de Día (Quirúrgico y Médico)
- Anexo 2. Códigos de los hospitales del SSPA
- Anexo 3. Códigos del Catálogo Nacional de Hospitales. Hospitales no SSPA de Andalucía, Ceuta y Melilla
- Anexo 4. Códigos de los Centros de Atención Primaria
- Anexo 5. Códigos provinciales (INE)
- Anexo 6. Códigos ISO de países
- Anexo 7. Códigos de Servicios / Especialidades / Unidades
- Anexo 8. Clasificación en grupos (CMA001-CMA072) y códigos CIE de los procedimientos de Cirugía Mayor incluidos en HDQ 2023
- Anexo 9. Códigos de las actividades incluidas en HDM 2023
- Anexo 10. Tabla de siglas
- Anexo 11. Normativa que afecta la CMBD

A continuación se detallan las actividades incluidas en Hospital de Día Médico para 2024 cuyos códigos de procedimiento se recogen en el anexo 9 de la referida hoja de cálculo “Anexos al manual del CMBD 2024”

ANEXO 9. CÓDIGOS DE LAS ACTIVIDADES INCLUIDAS EN HOSPITAL DE DÍA MÉDICO PARA EL AÑO 2024

Los códigos de los procedimientos incluidos en este ámbito se encuentran en el fichero Excel que acompaña a este documento (CIE10ES 4ª Edición – Enero 2022).

QUIMIOTERAPIA E INMUNOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Incluye el tratamiento de la enfermedad neoplásica con quimioterapia e inmunoterapia. Junto al código del procedimiento es obligatorio cumplimentar los dos primeros campos diagnósticos. El diagnóstico principal será el código que indique que el contacto es para dicho tratamiento, y como secundario se utilizará el código correspondiente del capítulo de Neoplasias de CIE-10-ES Diagnósticos que identifica la localización anatómica de la neoplasia.

Quimioterapia antineoplásica

Administración de antineoplásicos para el tratamiento del cáncer. Comprende además del tratamiento parenteral, la administración intraocular, la intravesical incluida la instilación de BCG, la peritoneal y los tratamientos de quimioembolización.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Z51.11 Contacto para quimioterapia antineoplásica.

D2: Código de localización del tumor (C00 - C96 y D3A - D48), (D09.0 para la neoplasia in situ de vejiga tratada con instilación vesical con BCG).

CM: Código morfológico de la neoplasia

Procedimiento: Código de introducción de quimioterapia antineoplásica (ver lista de códigos).

Inmunoterapia antineoplásica

Incluye el tratamiento de una neoplasia con la administración de anticuerpos monoclonales, interleucina 2 a bajas dosis y nuevos productos de inmunoterapia obtenidos de células T autólogas.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Z51.12 Contacto para inmunoterapia antineoplásica

D2: Código de localización del tumor (C00 - C96 y D37 - D48).

CM: Código morfológico de la neoplasia

Procedimiento: Código de introducción de inmunoterapia antineoplásica (ver listado de códigos).

RADIOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA

Comprende el tratamiento del cáncer con radioterapia externa y braquiterapia.

Radioterapia externa

Tratamiento con radioterapia externa superficial, de contacto y externa profunda, incluida la ablativa con o sin fraccionamiento.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Z51.0 Contacto para radioterapia antineoplásica.

D2: Código del tumor (C00 - C96 y D37 - D48).

CM: Código morfológico de la neoplasia.

Procedimiento: Código de administración de radioterapia antineoplásica (ver listado de códigos).

Braquiterapia

Incluye la braquiterapia endocavitaria, endoluminal e intersticial, con alta y baja tasa de dosis. También se incluyen los procedimientos de inserción del material radioactivo y su retirada.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Código del tumor (C00 - C96 y D37 - D48).

CM: Código morfológico de la neoplasia.

Procedimiento: Código de administración de braquiterapia y/o inserción del elemento radioactivo o su retirada (ver listado de códigos).

OTRAS TERAPIAS EN PROCESOS NO NEOPLÁSICOS

Incluye el tratamiento intravenoso de enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, mononeuropatía motora multifocal, miastenia gravis, SIDA y otras.

Quimioterapia en procesos no neoplásicos

Comprende el tratamiento con quimioterapia de los siguientes procesos no neoplásicos: esclerosis múltiple (G35), enfermedades sistémicas del tejido conjuntivo (categorías M30 - M36), poliartropatías inflamatorias (categorías M05, M06, M08 - M12, subcategoría L40.5) y espondilopatías (M45 - M49).

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: Código de introducción de otra sustancia terapéutica (ver listado de códigos).

Corticoterapia

Comprende el tratamiento intravenoso con corticoides. Se debe codificar el diagnóstico de la enfermedad tratada junto con el código de la administración del corticoide.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: Código de introducción en vena de anti-inflamatorio (ver listado de códigos),

Inmunoterapia en procesos no neoplásicos

Incluye el tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas, inmunosupresores (anticuerpos monoclonales y proteínas recombinantes) e inmunostimuladores. Entre otras enfermedades están la artritis reumatoide, artritis psoriásica, artritis inflamatoria juvenil, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Se codificará el diagnóstico de la enfermedad junto con el procedimiento de introducción del inmunoterápico o de gammaglobulinas. También incluye el tratamiento sustitutivo con inmunoglobulinas de inmunodeficiencias, con transfusión de globulinas o tratamiento sustitutivo subcutáneo, así como la inyección subcutánea de anticuerpos monoclonales.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: Código de introducción en vena del producto correspondiente (ver listado de códigos).

Terapia anti-infecciosa

Incluye el tratamiento intravenoso con antibióticos o antifúngicos. Se codificará el diagnóstico de la enfermedad y la administración intravenosa del medicamento.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: Código de introducción en vena de anti-infeccioso (ver listado de códigos)

Terapia con bifosfonatos y otras

Incluye el tratamiento intravenoso con ácido zoledrónico y pamidrónico para el tratamiento de patologías óseas. Se codificará como diagnóstico principal la patología tratada, que incluye la hipercalcemia secundaria (E83.52), osteoporosis (M80 – M81), neoplasia maligna de hueso (primaria C40 – C41 y metastásica C79.51), mieloma múltiple (C90) y enfermedad de Paget ósea (M88 y subcategoría M90.6).

El grupo también incluye el tratamiento de la Mucopolisacaridosis (E76.--) con Galsufasa IV.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: Código de introducción de otra sustancia terapéutica (ver listado de códigos)

TRATAMIENTO DE ARTICULACIONES

Comprende el tratamiento articular de pacientes con artropatías inflamatorias y artrosis. Se codificará el diagnóstico, con un código de las categorías M05 - M08, M12-M13, M15 - M19, y de la subcategoría L40.5. Los procedimientos que se incluyen son infiltraciones y lavados articulares y artrocentesis terapéutica.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad articular tratada.

Procedimiento: Código de artrocentesis/inyección articular/lavado articular (ver listado de códigos)

APARATO DIGESTIVO

Se incluyen en este apartado los siguientes procedimientos:

Tratamiento de litiasis del tracto biliar

Comprende la extracción endoscópica de cálculos biliares y su tratamiento mediante litotricia, endoscópica y extracorpórea por ondas de choque (LEOC; ESWL).

- Extracción endoscópica de cálculos biliares: (0FC - 8ZZ). Extirpación, abordaje orificio natural o artificial, endoscópico, de la localización anatómica que corresponda. Si se acompaña de esfinterotomía o papilotomía, ésta no se codifica, va incluida en la extirpación.

- Litotricia biliar endoscópica: códigos de fragmentación del sistema hepatobiliar y páncreas (OFF) con abordaje orificio natural o artificial endoscópico (ver listado de códigos).
- Litotricia biliar extracorpórea por ondas de choque: códigos de fragmentación del sistema hepatobiliar y páncreas (OFF) con abordaje externo (ver listado de códigos).

Dilatación endoscópica de vías biliares y pancreáticas, con o sin endoprótesis

Incluye la esfinterotomía y papilotomía endoscópicas, y también la colocación, recambio y retirada de la endoprótesis por acceso endoscópico (ver listado de códigos).

Dilatación endoscópica esofágica y gastrointestinal con o sin endoprótesis

Incluye la colocación, recambio y retirada endoscópica de la endoprótesis (ver listado de códigos).

Drenaje percutáneo del tracto biliar y pancreático

Comprende vías bilio-pancreáticas, vesícula biliar y páncreas. Incluye la colocación de drenaje biliar externo-interno, así como el recambio y retirada del dispositivo de drenaje (ver listado de códigos).

Drenaje percutáneo diagnóstico y terapéutico intraabdominal

Incluye cavidad peritoneal, pélvica y retroperitoneo, con la colocación o no de dispositivo de drenaje, incluyendo su retirada y recambio (ver listado de códigos).

Punciones percutáneas diagnósticas de hígado, vesícula biliar, vías biliares y páncreas

Incluye biopsia por punción aspirado con aguja fina (PAAF, tipo de procedimiento extracción), biopsia con aguja gruesa (PAG, tipo de procedimiento escisión), y biopsia hepática transyugular

Colocación de sondas percutáneas para alimentación

Incluye gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) y yeyunostomía endoscópica percutánea (PEJ). Comprende su retirada, recambio y revisión si se realizan con acceso endoscópico o percutáneo.

Endoscopia digestiva diagnóstica

Incluye las endoscopias diagnósticas, con y sin biopsia, de esófago, estómago, intestino delgado y grueso, recto, ano, y del sistema biliar y páncreas, incluidas las realizadas mediante ultrasonografía endoscópica (USE-PAAF, incluyendo las biopsias de adenopatías regionales). (Ver listado de códigos).

Otra endoscopia digestiva terapéutica

Incluye las endoscopias con fines terapéuticos no incluidas en apartados anteriores, de esófago, estómago, intestino delgado y grueso y recto, y también sobre el sistema biliar y páncreas, incluidas las realizadas mediante ultrasonografía endoscópica (USE) (ver listado de códigos). Se incluyen la esclerosis y oclusión endoscópicas de varices esofágicas y gástricas.

HEMATOLOGÍA

Los procedimientos que se incluyen son:

Transfusiones de sangre y sus componentes

Códigos de la sección 302 (ver listado de códigos).

Biopsia de médula ósea

Incluye la biopsia (BMO) y la punción aspirado (PAMO) con acceso percutáneo con fines diagnósticos, tanto en estudios iniciales como de seguimiento, codificados como extracción o drenaje diagnósticos (ver listado de códigos).

Ferrotterapia intravenosa

Debe codificarse como diagnóstico principal el trastorno del metabolismo del hierro (E83.10, E83.19), o la anemia correspondiente (D50, D62, D64), o bien la enfermedad causal de la anemia con el código secundario de ésta (D63, D64.1).

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada ó

D2: Anemia debida a otras enfermedades, en su caso.

Procedimiento: Código de introducción de otra sustancia terapéutica (ver listado de códigos)

UROLOGÍA

Se incluyen en este apartado los siguientes procedimientos:

Litotricia urinaria

Comprende el tratamiento de cálculos urinarios mediante litotricia endourológica o intracorpórea y litotricia extracorpórea por ondas de choque (LEOC, ESWL).

- Litotricia urinaria endourológica o intracorpórea: códigos de fragmentación del sistema urinario (0TF) con abordaje orificio natural o artificial endoscópico (ver listado de códigos). Si tras la fragmentación la litiasis es extraída, no se codifica la fragmentación (se incluye en la extirpación).
- Litotricia urinaria extracorpórea por ondas de choque: códigos de fragmentación del sistema urinario (0TF) con abordaje externo (ver listado de códigos).

Biopsia urogenital

Incluye el drenaje y la escisión diagnósticos del sistema urinario y sistema reproductor masculino (0T9, 0TB, 0V9 Y 0VB) con abordaje percutáneo y endoscópico (ver listado de códigos).

Cateterismo urinario

Comprende nefrostomía y pielostomía percutáneas, el cateterismo ureteral para dilatación y drenaje y la cistostomía percutánea o talla vesical. Incluye la colocación, retirada, cambio y revisión de los diferentes dispositivos (sonda, tubo, catéter, stent o tutor), (ver listado de códigos).

Instilación vesical en procesos no neoplásicos

Tratamiento intravesical de afecciones no neoplásicas de vejiga, como la cistitis intersticial, la vejiga dolorosa crónica, infecciones, etc. En el diagnóstico principal se codificará la patología tratada. Como procedimientos se incluyen la instilación de ácido hialurónico (3E0K7GC), de antiinflamatorios (3E0K73Z) y antibióticos (3E0K729).

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: 3E0K7GC “Introducción en tracto genitourinario de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje orificio natural o artificial”, 3E0K73Z “Introducción en tracto genitourinario de anti-inflamatorio, abordaje orificio natural o artificial”, 3E0K729 “Introducción en tracto genitourinario de anti-infeccioso, otro anti-infeccioso, abordaje orificio natural o artificial”.

OFTALMOLOGÍA

Comprende el tratamiento mediante inyección intraocular de medicamentos para cualquier tipo de indicación, excepto la administración de tratamiento antineoplásico que se incluye en su propio grupo y la introducción de gas incluida en CMA. Se asignará el correspondiente código diagnóstico junto con el código del procedimiento.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad tratada.

Procedimiento: 3E0C3-- Introducción en ojo de la sustancia que corresponda, abordaje percutáneo” (ver listado de códigos)

CARDIOLOGÍA

Se incluyen en este apartado los siguientes procedimientos:

Electrofisiología

Comprende técnicas percutáneas endovasculares diagnósticas (estudio electrofisiológico y mapeo cardiaco para identificación y localización de arritmias) y terapéuticas (ablación cardiaca, cardioversión auricular, marcapasos y desfibriladores). Incluye la implantación, retirada, sustitución y revisión de generadores y electrodos, así como Holter implantable (ver listado de códigos).

Hemodinámica

Comprende las técnicas percutáneas endovasculares diagnósticas siguientes: cateterismo cardiaco, coronariografía, angiografía cardiaca, ecocardiografía intracoronaria, tomografía de coherencia óptica intracoronaria y angioplastias y aterectomías coronarias como técnicas terapéuticas (ver listado de códigos).

DISPOSITIVOS VASCULARES IMPLANTABLES

Se incluyen en este apartado la colocación de catéter venoso central con puerto de acceso implantado, catéter venoso central tunelizado, y bombas de infusión implantables. Comprende los códigos del catéter y del dispositivo de acceso, así como su revisión y cambio (ver listado de códigos).

Se codificará el diagnóstico apropiado en cada caso.

UNIDAD DE DOLOR

Procedimientos dirigidos al tratamiento del dolor no incluidos en el ámbito de la CMA. Incluye los bloqueos percutáneos de nervios periféricos, craneales y espinales con medicación y la rizotomía y neurotomía percutáneas mediante radiofrecuencia del

nervio trigémino y nervios periféricos. También incluye el tratamiento con radiofrecuencia pulsada (reparación percutánea del nervio tratado).
(Ver listado de códigos).

Se acompañará del código diagnóstico correspondiente.

PUNCIÓN DE MAMA

Incluye la biopsia de mama y pezón por punción percutánea (punción aspirado con aguja fina, PAAF, y con aguja gruesa, PAG), y la biopsia de pezón por abordaje externo, así como el drenaje terapéutico (ver listado de códigos).
Se acompañará del código diagnóstico correspondiente.

NEUMOLOGÍA

Se incluyen en este apartado los siguientes procedimientos, que se acompañarán con el correspondiente código diagnóstico:

Broncoscopia terapéutica

Comprende el tratamiento endoscópico de lesiones, incluyendo el uso de crioterapia y electrocauterización endobronquial y la implantación endoscópica de válvulas y prótesis endobronquiales, incluida su retirada y revisión (ver listado de códigos).

Broncoscopia diagnóstica

Incluye las biopsias endoscópicas broncopulmonares, broncoaspirado, cepillado, y lavado transbronquial, así como la broncoscopia diagnóstica sin biopsia (ver listado de códigos). También incluye la ultrasonografía endoscópica con biopsia de adenopatías torácicas (USE-PAAF).

Punción pulmonar diagnóstica

Incluye las biopsias percutáneas de bronquio, pulmón y pleura, así como la toracocentesis diagnóstica (ver listado de códigos).

OTRAS BIOPSIAS PERCUTÁNEAS

Comprende biopsias percutáneas que no están incluidas en CMA ni en otro apartado de HDM, codificadas como drenajes, escisiones y extracciones diagnósticos percutáneos de las siguientes estructuras anatómicas (ver listado de códigos):

- **Ganglios linfáticos y bazo.**
- **Fascia y tejido subcutáneo.**
- **Músculo.**
- **Sistema endocrino:** glándula suprarrenal, tiroides y paratiroides.
- **Articulaciones:** comprende las articulaciones de las extremidades y de la cintura escapular.

ALERGIA

Comprende pruebas de provocación diagnósticas y tratamiento de desensibilización.

Test de exposición controlada

Pruebas diagnósticas con exposición controlada a medicamentos, alimentos y a otras sustancias no medicinales. Incluye las pruebas cutáneas (prick test), intradérmicas así como la exposición por otras vías.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Z01.82 Contacto para pruebas de alergias.

D2/D3: si procede se añadirá el correspondiente código de historia personal de alergia (códigos de la categoría Z88 si son medicamentos y de la subcategoría Z91.01 ó Z91.03 si no lo son). También se añadirá si procede el código de antecedente de anafilaxia (Z87.892).

Procedimiento: el correspondiente código de introducción de otra sustancia diagnóstica (3E0__KZ) de los incluidos en el listado de códigos.

Terapia de desensibilización

Incluye la desensibilización a medicamentos (vía oral, intramuscular e intravenosa) y alimentos (oral).

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Z51.6 Contacto para desensibilización a alérgenos

D2/D3: código de historia personal de alergia al medicamento (código de la categoría Z88) o alimentaria (código de la subcategoría Z91.01 o el código Z91.02 si se trata de aditivo alimentario). Se añadirá si procede el código de antecedente de anafilaxia (Z87.892).

Procedimiento: el correspondiente código de introducción de otra sustancia terapéutica (3E0__GC) de los incluidos en el listado de códigos.

Desensibilización a himenópteros

Incluye la desensibilización a las picaduras de avispas y abejas, como su control posterior o test de repicadura tras desensibilización, ambas por vía subcutánea.

La secuencia de códigos para la Desensibilización será la siguiente:

D1: Z51.6 Contacto para desensibilización a alérgenos

D2: Z91.030 Estado de alergia a las abejas / Z91.038 Estado de alergia a otros insectos.

D3: Z87.892 Historia personal de anafilaxia

Procedimiento: 3E013GC "Introducción en tejido subcutáneo de otra sustancia terapéutica, otra sustancia, abordaje percutáneo".

La secuencia de códigos para el Test de repicadura será la siguiente:

D1: Z09 Contacto para reconocimiento médico de seguimiento después de finalizar tratamiento de afecciones distintas de neoplasia maligna

D2: Z91.030 Estado de alergia a las abejas / Z91.038 Estado de alergia a otros insectos.

D3: Z87.892 Historia personal de anafilaxia.

Procedimiento: 3E013KZ "Introducción en tejido subcutáneo de otra sustancia de diagnóstico, abordaje percutáneo".

OTROS ESTUDIOS FUNCIONALES DIAGNÓSTICOS

Se incluyen los siguientes estudios diagnósticos, que se acompañarán del código diagnóstico correspondiente:

Estudio del sueño

Estudio polisomnográfico clásico (monitorización del sueño), el estudio acortado o SPLIT (medición del sueño), así como la poligrafía respiratoria y cardiorrespiratoria

que se realice en el hospital, en la que se monitoriza el flujo respiratorio, la frecuencia cardiaca y la oximetría periférica (ver listado de códigos).

Plestimografía corporal

Estudio de la capacidad, resistencia y volumen respiratorios mediante el uso de un plestimógrafo corporal (ver listado de códigos).

Plestimografía vascular

Comprende la medición de presiones arteriales y venosas.

Urodinámica

Estudio de la función urinaria, con medición de la fuerza, el flujo, presiones y volumen (ver listado de códigos).

Función endocrina y renal

Diferentes test para el estudio de la función hormonal, como test corto de ACTH, test de acetato de leuprolide, función hipofisaria, de hipoglucemia insulínica para GH, de Gonadorelina, de TRH, de ejercicio para GH (con o sin propanolol), test corto BhCG, de glucagón para GH, y pruebas funcionales renales, como el test de Furosemida (acidificación corta) y la prueba de función tubular de acidificación larga con bicarbonato.

En el caso de no existir un diagnóstico confirmado se utilizará el correspondiente código diagnóstico de la categoría Z13.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad / síntomas / categoría Z13.

Procedimiento:

P1: Código correspondiente de introducción de otra sustancia diagnóstica, hormona o insulina, según lo realizado (ver listado de códigos).

P2: Código de obtención de la muestra a estudiar (ver listado de códigos).

HEMODIÁLISIS

Incluida también entre los procedimientos de especial complejidad. Se refiere a la hemodiálisis sustitutiva crónica o intermitente. Se indicarán los diagnósticos correspondientes.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Códigos de la afección causante de la enfermedad renal crónica (ERC) si se conoce (diabetes, HTA, etc.)

D1/D2: N18.6 Enfermedad renal en estadio terminal.

D2/D3: Z99.2 Dependencia de diálisis renal.

Procedimiento: 5A1D70Z "Soporte de filtración, urinario, intermitente, menos de 6 horas al día", 5A1D80Z "Soporte de filtración, urinario, intermitente prolongada, 6-18 horas al día"

SALUD MENTAL

Comprende las actividades que a continuación se relacionan, cuyos códigos corresponden a las secciones de CIE-10-ES Procedimientos F (Rehabilitación), G (Salud Mental) y H (Tratamiento de abuso de sustancias). Se codificará el diagnóstico correspondiente. Los procedimientos se relacionan en el listado de códigos.

Asesoramiento en salud mental

Incluye las modalidades individual, grupal y familiar. Son códigos de la sección H, excepto en la modalidad individual que se añaden también de la sección G.

Control de medicación de salud mental

Intervención en crisis de salud mental

Pruebas psicológicas

Incluye la evaluación y test psicológicos (GZ1)

Psicoterapia

Incluye la psicoterapia individual, familiar y de grupos.

Terapia electroconvulsiva

Incluye los códigos GZB.

Rehabilitación en salud mental

Incluye tanto la evaluación como el tratamiento por parte de Salud Mental de las actividades de la vida diaria (terapia ocupacional y orientada a cuidados). Códigos F02 y F08.

PROCEDIMIENTOS CON SEUDOANALGESIA

Procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos no incluidos en HDM ni CMA, que por circunstancias (edad, discapacidad...) para su realización se necesite pseudoanalgesia (sedación moderada o consciente, profunda y anestesia general), como por ejemplo pruebas de imagen como TAC y RMN.

La secuencia de códigos será la siguiente:

D1: Diagnóstico de la enfermedad / síntomas presentes.

Procedimiento:

P1: Código del procedimiento diagnóstico / terapéutico realizado

P2: Código de introducción de hipnótico / anestésico (ver listado de códigos).

2024

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO de DATOS de ANDALUCÍA
MANUAL de INSTRUCCIONES 2024